

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THESE

N° .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Décembre 1895, à 1 heure

PAR

Mansour GEAGEA

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe de l'hôpital français de Beyrouth
Deux médailles d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

PNEUMONISME PALUDÉEN

A Forme Broncho-Pneumonique

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : { MM. POTAIN, professeur.
 { GILLES DE LA TOURETTE, VIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THESE

N° ____ .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Décembre 1895, à 1 heure

PAR

Mansour GEAGEA

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe de l'hôpital français de Beyrouth
Deux médailles d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

PNEUMONISME PALUDÉEN

A Forme Broncho-Pneumonique

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : { MM. POTAIN, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE, WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BEAUGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLE Y.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILIEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	REITERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON ONCLE P. EFFRAM

A MON COUSIN P. IGNACE GEAGEA

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

A MON SAVANT MAÎTRE

M. H. DE BRUN

Professeur de clinique médicale
A la Faculté de Médecine de Beyrouth
Médecin sanitaire de France en Orient
Correspondant de l'Académie de Médecine.

Ses vues magistrales sur la clinique médicale, la clarté de son enseignement et son grand dévouement à l'instruction de ses élèves ont su nous rendre aussi intéressante que profitable l'étude pratique et théorique de la médecine.

Veillez donc, mon cher maître, agréer l'expression de mon hommage pour le bienveillant appui que vous m'avez constamment prêté dès le début de mes études médicales, et souffrez que votre nom soit à la tête de cet ouvrage. Vous m'avez fait aimer les études cliniques, je vous en suis profondément reconnaissant et je tiens à honneur de rester toujours votre élève très respectueux.

GEAGEA.

AVANT-PROPOS

Quand on parcourt les nombreux travaux qui ont été publiés à diverses époques, sur l'impaludisme, on est surpris des formes si variées sous lesquelles il se manifeste. Véritable protéè pathologique, sa symptomatologie est une agglomération des désordres les plus variés : chaque climat, chaque saison, chaque individu lui imprime un cachet spécial et peut même le rendre méconnaissable.

Parmi ses manifestations, il en est une que nous avons fréquemment rencontrée et qui a attiré plus spécialement notre attention. Nous voulons parler du paludisme pulmonaire aigu à forme broncho-pneumonique. Nous avons été vraiment surpris de n trouver cette affection décrite nulle part.

Cette absence d'observations des auteurs ne nous a point abattu, étant donné le caractère capricieux du paludisme et les accidents si variés qu'il produit sous certaines influences climatérique ou tellurique, et nous avons cru qu'il serait utile de faire connaître nos observations personnelles.

Notre but ici est de traiter la question au point de

vue clinique ; si parfois nous effleurons quelques considérations générales si nous étudions quelques causes réelles ou supposées de la malaria, ce n'est jamais qu'en déduction immédiatement applicable au pneumonisme.

Dans cette étude nous faisons d'abord un court historique de la plupart des manifestations pulmonaires d'origine paludéenne ; voilà le premier chapitre.

Le second chapitre traitera de l'étiologie.

Dans le troisième chapitre nous ferons connaître nos observations personnelles.

En quatrième lieu nous résumerons nos observations dont la description formera le chapitre symptomatologie.

Enfin un dernier et cinquième chapitre comprendra le traitement.

Mais avant d'entrer en matière, il nous est un devoir de remercier publiquement tous ceux qui ont conduit nos pas dans la carrière médicale.

C'est d'abord à nos maîtres de la faculté de Beyrouth que nous sommes le plus redevable : MM. Hache, Chaker, Nègre et surtout M. le Professeur Rouvier, à qui nous devons tout ce que nous savons d'obstétrique et de gynécologie et M. le Professeur B. Boyer, dont les leçons nous serviront de guide sûr dans la pratique médicale. Nous leur adressons ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous prions M. le Doyen Brouardel de recevoir l'expression de nos respectueux remerciements pour la protection toute spéciale qu'il n'a cessé de nous prodiguer dès notre arrivée à Paris.

Nous sommes heureux de remercier M. le Professeur Landouzy pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous remercions aussi Monseigneur Basbous ; nous avons toujours trouvé en lui, le bon pasteur, l'accueil le plus cordial et les conseils les meilleurs.

Enfin nous tenons à assurer de notre sincère attachement nos excellents camarades d'étude ainsi que tous nos amis.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0082

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'histoire du paludisme pulmonaire est aussi vieille que la médecine, et ses origines remontent aux livres hippocratiques puisque Hippocrate, lui-même, avait constaté que fréquemment les malades atteints de fièvre palustre étaient pris, au milieu de leurs accès de toux et de dyspnée. Mais il se borne simplement à la constatation du fait et ne parle rien de plus à ce sujet.

Depuis, quelques rares auteurs ont envisagé la question ; mais il faut arriver à Broussais pour la voir mise à l'ordre du jour. En 1822, Broussais, dans son traité : *Histoire des phlegmasies*, consacre un long chapitre à l'étude des complications pulmonaires de la malaria. Il s'étonne que les auteurs qui ont traité la fièvre intermittente aient accordé si peu d'attention aux localisations si fréquentes de la maladie sur les voies respiratoires, et il cite à ce sujet plusieurs observations, entr'autres celle du jeune Hollandais qui, à chaque accès de fièvre présentait les signes de congestion pulmonaire.

« Aussi, ajouta-t-il plus loin, une foule de malades

examinés au moment de l'invasion de l'accès, dans l'époque du froid, j'ai toujours remarqué qu'ils avaient tous une petite toux. Depuis que j'ai fait cette observation, j'ai conçu qu'il fallait avoir les poumons bien robustes pour n'être pas enrhumé par la fièvre quand elle se répète souvent ».

Le travail de Heschl paru en 1850, et le mémoire de Lancereaux publié en 1871 démontrent, qu'indépendamment des manifestations inflammatoires aiguës, la malaria est capable de provoquer des lésions pulmonaires congestives et scléreuses. Mais ni l'un ni l'autre ne s'occupent de cette forme fébrile, fugace, caractérisée par une lésion toujours double et localisée à la base des poumons.

Dans sa thèse inaugurale : étude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéennes, M. le professeur Grasset étudie à fond les bronchites aiguës qu'on peut observer dans le cours des fièvres intermittentes.

Laverana a signalé des accès pernicioeux avec toux, dyspnée et suffocation, mais sans lésions stéthoscopiques.

Paul Dubois a attiré l'attention sur la tendance des fièvres pernicioeuses à congestionner les poumons.

Bax, dans la *Gazette des hôpitaux* 1881, et son élève Dumeige, dans une thèse soutenue à Paris en 1880, sont les seuls qui ont traité, paraît-il, la localisation pulmonaire, aiguë, fugace, symptomatique à la

fièvre palustre. Toutefois les quelques observations rapportées par ces deux auteurs ne ressemblent en rien à l'affection qui fait le sujet de notre thèse.

Nous avons voulu rapporter ici les deux observations qui semblent se rapprocher le plus des nôtres.

Obs. I de la thèse de M. Dumeige. — « Nommé X..., 38 ans, se plaignant de malaise et de courbature, sans frissons. Jamais malaria; depuis deux jours céphalée, vomissement, symptôme gastrique, insomnie, toux, matité dans tout le côté correspondant au poumon droit, en arrière comme en avant un souffle rude et perçu. Côté gauche sain. Température 39, pas de diarrhée. Le lendemain le poumon gauche était pris en masse. Foie et rate normaux; expectoration sanguinolente; abondante, — 0,50 cent. de quinine. Deux jours après, amélioration dans l'état général, même état local. Quelques jours après on ne percevait plus le souffle.

Obs. II de la thèse de M. Dumeige. — « H..., 30 ans, robuste, nulle maladie antérieure. Douleur rhumatismale durant huit jours. Puis, le 21 mai, embarras gastrique pendant 10 jours; angine tonsillaire durant cinq jours. Enfin point de côté, vomissement, haute fièvre, toux, expectoration peu abondante et présentant quelques stries de sang. Insomnie.

Matité nette dans toute la poitrine correspondant au poumon droit, souffle étendu, plus marqué en avant qu'en arrière, 0 50 cg. de quinine. Trois jours après, légère amélioration.

Le 28 mai, le malade commença à dormir, et le souffle a notablement diminué. Le 5 mai on le percevait encore, mais très atténué.»

Outre que ces observations ne ressemblent point aux nôtres, il nous semble même douteux de les rapporter à une cause paludéenne, surtout la dernière.

Durant nos études à Beyrouth, notre attention a été vivement appelée par notre excellent maître, M. le professeur de Brun, sur de nombreux cas d'une affection pulmonaire revêtant des caractères tout particuliers. L'origine et la nature de cette maladie ne devaient point échapper à sa profonde investigation, l'élément paludéen ne tarda pas à surgir à son esprit, et le sulfate de cinchonidine vint le confirmer dans ses idées.

« Il faut, en outre, dit-il en 1888, en terminant une communication au Congrès pour l'étude de la tuberculose, savoir que parmi les manifestations pulmonaires de l'impaludisme, il existe une forme de congestion chronique se localisant à un ou aux deux sommets, et se traduisant par de la submatité, de l'exagération des vibrations thoraciques, du souffle et un retentissement vocal exagéré. Cette congestion s'accompagne rarement de râles. Elle cède en général

à un traitement parfois prolongé par le sulfate de quinine. Comme elle coexiste le plus souvent avec de la fièvre et de la cachexie, on pourrait facilement la confondre avec une induration tuberculeuse du poumon, et les premiers cas que j'ai observés m'ont laissé pendant quelque temps dans une grande incertitude. Je tenais à signaler aujourd'hui, pour prendre date, cette localisation pulmonaire de la malaria qui n'a pas été décrite jusqu'à présent, et dont j'ai pu réunir un assez grand nombre d'observations, me réservant d'y revenir bientôt dans un autre travail (1). »

Conformément à l'engagement qu'il a pris il y a sept ans, l'auteur vient, tout récemment, dans la revue de médecine, de reprendre la question et la traiter au fond avec sa clarté ordinaire (1).

Enfin le 18 juillet 1894, notre distingué collègue et ami, M. le docteur Charles Duba, a soutenu devant la faculté de Lyon une thèse intitulée : Contribution à l'étude clinique du pseudo-tuberculose d'origine paludéenne. Dans ce travail, par de nombreuses observations qui lui sont personnelles, M. Duba confirme les paroles du maître.

Pneumonie paludéenne.— On discute encore sur la nature de la pneumonie paludéenne qui n'a jamais

(1) Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, première session 1888, premier fascicule, page 178. Masson, Paris, 1889.

(2) De Brun, pneumo-paludisme du sommet. Revue de Méd. 10 mai 1895.

été bien déterminée, et aujourd'hui encore il existe de la divergence à son sujet. Grisolle qui le premier l'a bien décrite, a vu fréquemment la fièvre intermittente pernicieuse se marquer sous la forme pneumonique.

Trousseau parle de la pernicieuse péripneumonique dans laquelle la respiration est difficile, opprimée, inquiète et la voix altérée. A ces symptômes s'ajoutent une expectoration sanguinolente.

Jaccoud s'est occupé d'un cas d'accès de fièvre intermittente avec une fluxion pulmonaire aigüe qui n'est pas arrivée à hépatisation. Aussi dans ses leçons cliniques a-t-il décrit la pneumonie intermittente paludéenne.

Germain Sée parle des pneumonies qui ont pour origine la malaria.

Théophonide se basant sur trois cas de pneumonie palustre qu'il a vus, croit à son existence,

Pampoukis (d'Athènes) dit qu'il existe une pneumonie palustre avec hépatisation pulmonaire.

« La pneumonie palustre, écrit Catrin, n'a rien de spécial ; elle évolue sur un terrain affaibli. et que la cachexie soit due au cancer ou au paludisme, la pneumonie se montre avec les mêmes caractères. Quant à reconnaître une pneumonie réellement axil-lonienne, nul n'est, je crois, encore fixé sur ce point ; il faudrait pour admettre cette pneumonie spéciale, que la bactériologie ne constate dans le poumon aucun

autre organisme que l'axillonia, et cette recherche n'a pas été faite que je sache. » (1).

Collin n'accepte les pneumonies palustres que comme complication.

De Brun, avec toute l'autorité que lui donne sa pratique médicale dans le pays, ne l'a jamais observée, il soutient même que les pneumonies dites à tort paludéennes sont des maladies dues au pneumocoque évoluant chez des paludéens et revêtant de ce fait des caractères un peu spéciaux (2).

(1) Catrin, loc. cit. p, 196 et 197.

(2) De Brun, pneumo-paludisme. Rev. de méd. 10 avril 1895.



CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

I

Loin d'être rare, la détermination que fait le paludisme sur le poumon dans sa forme congestive, superficielle, aiguë, mobile, fugace, est une affection très fréquente en Syrie. Le paludisme prend alors tant dans son substratum anatomique que dans son expression symptomatique des allures qui le font ressembler à la broncho-pneumonie : le clinicien se trouve aux prises avec un état qui dans toutes les affections pulmonaires ressemble le plus aux broncho-pneumonies symptomatiques des maladies infectieuses ou toxiques, avec cette différence, semble-t-il, que le procédé instrumental mis en œuvre par le paludisme semble relever surtout, sinon exclusivement, du processus congestif. Il semble, pour emprunter au professeur Landouzy (enseignement à l'hôpital Laënnec) qu'il y ait là plus de pneumonisme à forme broncho-pneumonique que de pneumonie, tant communes dans maintes maladies infectieuses, il y ait parfois, plus de méningitisme et de péritonisme que de méningite et de péritonite.

II

Nous allons plus loin dans l'étude des faits : la localisation de la maladie, ses symptômes généraux graves, ses allures intenses menaçant pour la vie, la prostration profonde, la déchéance rapide, tout prouve que nous ne sommes point en présence d'un accident banal de la fièvre tellurique ; mais plutôt que c'est à une de ses formes pernicieuses que nous avons à faire.

Car en somme, qu'est-ce donc qu'une fièvre pernicieuse ? Tout le monde aujourd'hui est d'accord unanime que la fièvre pernicieuse est : « l'adjonction d'un accident soudain, anormal, insidieux, surajouté au type morbide dans lequel il survient, immédiatement menaçant pour la vie quoi qu'il en soit, d'ailleurs l'apparence symptomatique, pourvu qu'il soit sous la dépendance pathologique du paludisme (1) ».

Nous dirons avec le professeur J. Rouvier (enseignement à l'hôpital de Beyrouth) il n'y a pas de fièvre pernicieuse par elle-même, mais bien des fièvres dans lesquelles survient des accidents pernicioeux.

Enfin écoutons Dubois (2) : « Dans la fièvre intermittente simple, les mouvements fluxionnaires centripètes vont en général et de préférence dan :

(1) De Brun. Maladie des pays chauds 1893.

(2) Dubois. Etude sur la paludisme.

« la rate et dans le foie ; dans les fièvres intenses,
« pernicieuses les mouvements fluxionnaires n'offrent
« pas la même prédilection : de là la diversité des
« accidents observés pendant la vie, on peut en effet
« constater que tantôt les mouvements fluxionnaires
« ont lieu vers la tête, tantôt vers les organes conte-
« nus dans le thorax. »

Nous sommes donc autorisé à admettre l'existence de cette affection pulmonaire d'origine paludéenne dans les fièvres pernicieuses ; et c'est précisément avec des symptômes généraux graves que nous l'avons vue apparaître.

III

Toutefois la fréquence du paludisme à symptomatologie broncho-pneumonique ne présente aucun rapport de fréquence avec celle des manifestations intermittentes communes et classiques comme on pourrait le croire au premier abord. On peut l'observer partout même dans les localités les plus salubres ou les fièvres intermittentes existent à peine ; mais alors il y est souvent méconnu : soit qu'on le regarde comme des aggravations inexplicables des diverses maladies qui sévissent ordinairement, soit qu'on le confonde avec celles dont il revêt l'aspect symptomatique. Car ordinairement on se représente le sol fébrigène comme marécageux parce qu'il l'est très souvent,

mais si l'on considère le paludisme sur toute la surface du globe, les idées se modifient beaucoup. Aujourd'hui l'on sait que la fièvre paludéenne est parfois endémique dans un pays sans qu'on puisse l'attribuer à un marais. Des terres sans eaux stagnantes, sans végétation et presque sans pluie, des hauts plateaux, des montagnes arides et même un sol granitique sont parfois fébrigène. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un regard sur quelques contrées Libanaises, même les plus réputées par leur salubrité.

Geobbett-Becharry, où nous avons recueillis toutes nos observations, est un vaste département du Mont-Liban qui réunit toutes les conditions défavorables à l'évolution de la fièvre tellurique : climat froid sol sec, pas de marais, pas d'eau stagnante, et est situé à 1,400 mètres au-dessus du niveau de la mer. Cette localité est célèbre par son bon climat, et la santé habituelle de ses habitants est excellente. Malgré tant de privilège, Becharry et ses environs ne sont point indemnes aux manifestations de la fièvre tellurique, contrairement à l'assertion et à l'idée préconçue de tous ceux qui ont visité le pays.

Néanmoins, la malaria, comme fièvre intermittente typique à accès périodique est rare chez nous ; lorsqu'elle se manifeste, c'est souvent sous forme larvée. Parmi ses manifestations les plus fréquentes nous citerons les fièvres remittentes, les névroses, le pneumonisme, etc.

IV

En réalité bien qu'à un examen superficiel certains faits paraissent paradoxaux, rien n'est changé sauf l'apparence ; c'est toujours le marais (si nous pouvons encore l'appeler ainsi), s'il n'est pas hideusement étalé à la surface du sol avec son immonde grouillement et son odeur infecte, il est hypocritement caché dans la nappe d'eau souterraine ou dans l'eau qui infiltre un sol devenu à la surface ; les pluies, d'abondantes rosées en rapport avec l'amplitude des oscillations journalières de la température entre le jour et la nuit et parfois avec les phénomènes météoriques dus à l'altitude, pénètrent les porosités du sol même le plus aride et y entretiennent végétation et décomposition. Que faut-il davantage pour que le sol devient un véritable foyer malariale ? Car comme le dit M. le Professeur Laveran à qui nous empruntons les propres paroles, « pour que le miasme palustre puisse se développer il lui faut de la terre, de la chaleur et de l'humidité. »

V

Implantation. — Si l'on a cité certains arbres tels que l'eucalyptus, le bambous, le filav, etc, qui

soit en assainissant le sol et le desséchant, soit par l'essence aromatique qu'ils répandent changent les conditions telluriques à propos de l'impaludisme et diminuent son action ; par contre, il y en a d'autres qui semblent favoriser l'entretien du protozoaire dans le sol. Parmi ces arbres nous devons citer le *mûrier*. Que cet arbre agisse en maintenant une humidité dans le sol fébrigère soit en même temps par une essence particulière qu'il répande, son action nous a paru incontestable. Nous ignorons si jusqu'à présent le fait a été signalé ; mais nous avons à maintes reprises entendu dire par les indigènes que souvent il suffisait de dormir pendant un petit laps de temps sous l'ombre de mûrier pour contracter la fièvre. C'est aussi dans les villages dont les habitations sont entourées de mûriers que nous avons le plus fréquemment observer les manifestations malariales (Baakafra, Bkorkacha, Bazoun, etc.), principalement le pneumonisme dont on voit sévir, surtout en automne, de véritables endemo-épidémies. En hiver, tant que le sol est recouvert par la neige, le pneumonisme n'existe pour ainsi dire pas. Pour notre compte durant les deux hivers que nous avons passés dans ces parages, nous n'en avons observé aucun cas.

Causes. — La maladie est ordinairement appelée ou préparée par une certaine prédisposition qui prend sa source à l'âge du malade, ou dans ses conditions d'existence : la fatigue, l'habitation des maisons

humides, le séjour plus ou moins prolongé dans certains pays à pneumonisme. Cette affection paraît être l'apanage de l'enfance puisque nous ne l'avons jamais observé au-dessus de 14 ans.

Quand à la cause déterminante, on n'en doute plus aujourd'hui. Les travaux récents de Laveran ont mis un terme à la longue discussion qui s'est élevée au sujet de l'origine du paludisme, et l'effet actuel peut-être condensé dans les conclusions suivantes : le parasite du paludisme est unique, polymorphe ; il y a des formes variées qu'on peut réduire à ces quatre types : 1 corps sphérique, 2 flagellas, 3 corps en croissant, 4 corps segmentés ou en rosace.

Cette diversité de types de l'agent morbide nous expliquerait peut-être les différents types cliniques de la fièvre paludique, comme l'ont démontré les expériences de Gerhard qui inocula à différentes reprises le sang paludéen ; il put obtenir chez l'homme sain inoculé le même type de la fièvre qu'affectait l'homme malade. Mais à quel type appartient le pneumonisme ? C'est que nous n'en savons encore absolument rien.

Essai de pâthogénie. — Si l'on a pu dire avec raison que le premier accès paludéen est rarement pernicieux, il n'en est pas moins vrai que ceux qui ont en eux la raison de cet accident le présentent bien vite si l'on ne traite pas sérieusement leur paludisme ; tandis qu'il y a des malades qui, ne traitant pas sérieusement leur diathèse vont de rechûte en rechûte et

aboutissent à la cachexie paludéenne la plus confirmée, sans jamais avoir d'accès pernicieux.

Ce qui nous porte à l'attribuer, du moins dans un grand nombre de cas, au malade plutôt qu'à l'activité de la cause pathogène. C'est toujours l'homme, comme le disait Peter *qui fait sa maladie*. Les tares individuelles permettent aussi de comprendre dans une certaine mesure les diverses localisations des accès pernicieux : l'alcoolique est prédisposé à l'accès délirant, l'épileptique à l'accès convulsif, le gastralgique à l'accès gastralgique (Laveran) et les enfants, semble-t-il, à l'accès broncho-pneumonique. Toutefois il ne faut pas compter pour rien le climat, le foyer malarial lui-même ; car si l'on se rapporte aux médecins qui exercent en Algérie, on voit bien que les différentes formes cliniques qu'ils ont décrites ne ressemblent pas exactement à celles qu'on observe dans nos foyers syriens. Partant de cette idée, quelques auteurs ont supposé la variabilité de virulence et soutenu que le paludisme d'Algérie n'est point celui de la Syrie. Cela confirme absolument notre opinion : « que le paludisme est un véritable Protée pathologique ; chaque climat, chaque saison, chaque individu lui imprime un cachet tout particulier et nous dirons même autant de localités, autant de nuances dans les formes cliniques.



CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle)

Du malade qui fait le sujet de notre thèse

Hoicheb Geabbour, douze ans, habite le petit village de Baakafra (Liban), endroit peu salubre où la malaria règne en souveraine.

Son père et sa mère, quoique de temps en temps sujets à des accès de fièvres rémittentes, jouissent d'une bonne santé habituelle. On ne révèle aucune maladie sérieuse dans les antécédents personnels du malade.

A onze ans il contracta pour la première fois des fièvres larvées quotidiennes qui lui durèrent cinq mois ; elles disparaissaient et reparaissaient sans traitement et sans causes appréciables, et il ne put enfin s'en débarrasser que par le sulfate de quinine.

Quant à l'affection actuelle, elle aurait débuté de la façon suivante : Le 21 juillet, subitement et sans causes appréciables, Hoicheb eut le soir un frisson, chaleur et transpiration, suivis d'un état gastrique. Apparaissent ensuite une toux sèche, quinteuse et fatigante et un point de côté peu violent, siégeant à la base de la poitrine du côté gauche. Son état paraît inquiétant : Couché sur le decubitus dorsal, l'enfant est plongé dans une demie somnolence dont

il ne se retire que difficilement ; les ailes du nez sont animées de mouvements rapides. La face est pâle, la peau est chaude et sèche. Le pouls faible et dépressible s'élève à 120 et le thermomètre marque 39,8 degrés.

Appareil digestif. — La langue est large et recouverte d'un enduit blanchâtre, goût fade, absence de douleur et de ballonnement du ventre, mais légère diarrhée avec tenesmes ; la soif est vive, inappétence.

Appareil circulatoire. — La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal. Les bruits quoique rapides, sont réguliers, l'auscultation ne perçoit aucun bruit anormal.

Appareil pulmonaire. — L'inspection ne révèle rien d'anormal ; aux bases des poumons, en arrière, on constate, à la percussion, l'existence de submatité et d'exagération des vibrations thoraciques. Aux deux temps de la respiration, l'auscultation fait percevoir au niveau de la matité l'existence d'un souffle tubaire plus marqué à l'expiration, et de temps en temps, quelques râles sous crépitants se font entendre.

Les urines sont rouges, peu abondantes et contiennent un léger disque d'albumine. Pas d'œdème aux jambes.

En présence d'un tel état, mes présomptions étaient sans doute en faveur d'une broncho-pneumonie infectieuse ordinaire. Le début de la maladie, la prostration, la toux, la dyspnée, le point de côté et les phénomènes stéthoscopiques, tout contribue en faveur de ce diagnostic. Je prescris donc le traitement de la broncho-pneumonie.

Deux jours après, à mon arrivée, je constate l'état suivant : le malade est dans un état de prostration

plus prononcée, les nuits ont été plus agitées, la dyspnée et la toux sont plus manifestes ; la température s'élève à 40°9, le pouls est très rapide. La submatité et le souffle pulmonaire sont plus marqués. Les conjonctives se décolorent et les téguments palissent. Un souffle doux apparaît à la base du cœur et la matité splénique déborde déjà de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes.

Ces divers accidents m'embarrassèrent tout d'abord, et la possibilité d'une manifestation palustre se présenta pour la première fois à mon esprit.

Je prescrivis deux grammes de sulfate de cinchonidine en deux doses.

Le lendemain soir l'état du malade est considérablement modifié, le pouls est tombé à 80, la température s'est abaissée à 36°9, la langue est redevenue moins sèche. A la torpeur, à la somnolence a succédé une sensation de bien-être. La percussion des poumons ne fait plus percevoir aucune trace de submatité. L'auscultation révèle encore l'existence du souffle aux deux bases, mais il est beaucoup moins prononcé, les râles ont complètement disparu.

Un gramme de sulfate de cinchonidine est aussi prescrit aujourd'hui.

Le lendemain le malade avoue qu'il est parfaitement guéri, et il a passé une excellente nuit. Il est aujourd'hui gai, la peau est fraîche, le pouls et la température sont normaux, et le besoin d'aliment se fait impérieusement sentir. Plus de toux, ni dyspnée, ni point de côté, la rate a sensiblement diminuée, la face et les conjonctives commencent à se recolorer. Les selles sont devenues régulières.

Les poumons sont normaux et la respiration

présente aux deux bases le même timbre que dans les autres parties du poumon.

Les urines sont abondantes ; elles ne contiennent aucune trace d'albumine.

Le lendemain le malade est en parfaite santé et quitte le lit ; température 36,9, pouls 80.

Je fis alors le raisonnement suivant : voici une lésion broncho-pulmonaire qui cède rapidement au traitement quinique ; elle est donc sous la dépendance du protozoaire de Laveran. Car jamais il n'a été noté qu'une broncho-pneumonie infectieuse, symptomatique guérisse si vite par le sulfate de cinchonidine, voire même la rapidité avec laquelle les symptômes stéthoscopiques ont disparu. De sorte que mon diagnostic a pu ainsi être formulé : *paludisme pulmonaire aigu à forme broncho-pneumonique*.

Ce succès était fait pour m'engager à suivre de plus près tous les cas semblables qui se présenteraient. Je me promis donc, agissant sous l'influence d'une conviction et non point d'un but expérimental, de traiter désormais de pareilles broncho-pneumonies par le sulfate de quinine.

L'occasion ne tarda pas à se présenter.

Observation II (personnelle)

En août, je fus appelé auprès d'un jeune garçon de neuf ans ; cet enfant déclare n'avoir jamais

été sérieusement malade antérieurement ; il eut seulement, depuis quelques années, à différentes reprises, des attaques de fièvre palustre, affectant le plus souvent le type larvé.

Depuis quatre jours, il a été pris de nouveau de fièvres intermittentes présentant les caractères suivants : à cinq heures du soir, il est pris d'une céphalalgie, puis surviennent des frissons accompagnés de douleurs dans les jointures, d'une légère oppression et d'une toux sèche, quinteuse ; après quoi s'installait chez lui une haute fièvre qui durait jusqu'à dix heures pour faire place à une transpiration abondante. Dans l'intervalle des accès, les douleurs articulaires, l'oppression et la toux persistent, bien qu'un peu atténuées.

Hier, la maladie a changé d'allure : la fièvre qui était caractérisée par trois stades nets ayant une rémission franche de quelques heures, devient à type continu et intense, voire même la toux, l'oppression et les douleurs articulaires qui étaient devenues plus accentuées.

Il souffre d'une vive céphalalgie, éprouve des nausées, et a même vomi deux ou trois fois. La face est pâle, les yeux à demi fermés, affaissement très marqué. La respiration est profonde, la peau est chaude, et les conjonctives sont un peu décolorées ; légère pigmentation de la face dorsale des mains, langue saburrale et large. Le premier bruit, à la pointe du cœur, n'existe pas ; mais on ne trouve pas de souffle. Le foie et la rate sont légèrement hypertrophiés.

Température 40°, le pouls bat à 130.

Poumon. — A la percussion submatité à la base

en arrière, à droite ; à gauche, elle est moins prononcée et moins étendue. A l'auscultation, on entend, à droite aussi bien qu'à gauche, un souffle expiratoire. Absence complète de râles. La palpation dénote une résistance sous le doigt et une exagération des vibrations thoraciques.

Devant l'ensemble de ces symptômes, j'aurai pu croire sans doute à l'existence d'une broncho-pneumonie infectieuse ; mais les antécédents du malade, l'hypertrophie du foie et de la rate d'une part, et le succès que j'ai obtenu chez le malade de l'observation précédente de l'autre, m'ont autorisé à croire que j'avais affaire à une lésion paludéenne. J'ai prescrit un gramme de sulfate de quinine, en deux doses, à continuer pendant cinq jours de suite.

Le lendemain, atténuation de tous les symptômes généraux et des phénomènes stéthoscopiques ; diminution de la toux. Respiration soufflante à droite, un peu rude à gauche.

Température 37°, pouls 90.

Le lendemain, le malade a passé une nuit à merveille ; la fièvre avait complètement disparu, l'état général s'était relevé et le thermomètre marquait 36° 5. On ne trouve plus traces ni de la submatité, ni du souffle, ni exagération de vibration thoracique. L'expiration est légèrement rude.

Le lendemain l'état général est excellent, le foie et la rate sont à peine perceptibles aux rebords des fausses côtes ; l'auscultation la plus minutieuse ne laisse percevoir aucun trouble de la respiration.

Température 36° ; pouls 90.

Le 12 août, température 36, 8, pouls 90.

Observation III (personnelle)

Youssef Nejmé, 9 ans, habite le petit village de Baakafra.

On ne peut obtenir aucun renseignement sur le père et sur la mère du malade. Il n'a jamais eu de maladies graves ; on ne trouve dans ses antécédents aucune trace de la malaria franche.

A la fin de juillet il eut une sensation de froid, de malaise et de courbature générale qui durèrent toute la nuit. Le lendemain la fièvre devint plus haute, l'état général s'aggrava et le malade se mit à tousser.

Je vois le malade pour la première fois, le 3 août, vers 5 heures du soir.

Son teint est légèrement subestérique ; la langue est large, recouverte d'enduit blanchâtre. Les selles sont fréquentes, bilieuses, s'accompagnant de tenésme rectal. La rate mesure 8 centimètres ; elle est assez mobile, et douloureuse à la pression. Le foie descend inférieurement à un travers de doigt au-dessous des rebords des fausses côtes ; tandis que sa matité supérieure commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon.

L'enfant a l'air bien fatigué ; somnolent et abattu, il répond avec extrême difficulté à nos questions, comme un typhique à la fin du deuxième septenaire.

Appareil respiratoire. — Une toux fréquente, sèche, procédant par accès ; elle devient plus fréquente dans l'après-midi.

La palpation, percussion et auscultation nous permettent de constater ce qui suit : A la base du

poumon, en arrière et des deux côtés les vibrations thoraciques sont exagérées, submatité et un souffle respiratoire, tubaire ; enfin de temps en temps on entend dans les fortes inspirations, quelques râles sous-crépitants.

La température est de 39,5 ; le pouls bat à 130. La peau est chaude et sèche. L'examen des urines fait constater la présence d'un disque d'albumine. Pas d'œdème aux pieds.

Je prescris : sulfate de cinchonidine, 1 gramme à prendre en deux paquets à quelques heures d'intervalle dans la matinée.

Je revois le malade le lendemain matin, il était plus agité que la veille. Température 40°. L'état du poumon n'a pas changé. Même traitement.

Le 5 août. Une amélioration notable se produit. La température qui la veille était de 40°, descend aujourd'hui à 37° ; la submatité est à peine perceptible, les vibrations thoraciques normales, le souffle est remplacé par une respiration soufflante, la toux est plus espacée et moins fatigante, l'enfant est tranquille, gai et mange avec appétit. Le même traitement est continué pour les jours suivants.

Vers huit heures du soir un léger frisson suivi d'une transpiration abondante.

Le 6. Le malade se déclare complètement guéri, il ne se plaint plus de rien. La langue commence à se dépouiller de l'enduit qui la couvrait, l'appétit revient ; cessation des tenesmes et de tout écoulement diarrhéique. La toux est réduite à quelques quintes arrivant le soir. La respiration soufflante et la submatité ont disparu pour faire place à une respiration normale

à droite ; à gauche la respiration est rude. Les râles persistent quoique diminués.

Température : 37°.

Le 8. La respiration est aussi normale à gauche qu'à droite ; disparition complète des râles. Les urines sont claires, abondantes, ne renfermant plus d'albumine. Encore quelques quintes de toux.

Température : 37°.

Le 11. J'ai vu le malade pour la dernière fois, il avait un excellent état général, le tube digestif fonctionne avec la plus parfaite régularité, la rate et le foie sont normaux. La peau n'a plus cette coloration jaunâtre subectérique ; les forces reviennent et la toux a complètement disparu. Température 37°.

Le 13 août. Température : 37°.

Le 14. Température : 37,6.

Observation IV (personnelle)

La nommée Hannée Chahhar, âgée de quinze ans, est née à Borkacha, où elle habite. Dans ce pays paludéen, cet enfant n'a eu comme maladies antérieures que des accidents palustres. Elle a eu, entre autres, des accès de fièvre durant quelques mois et qui ont cédé au sulfate de quinine. Il y a déjà deux mois, survinrent chez elle des accès francs avec les trois stades qui revenaient chaque soir. La quinine les fit disparaître pendant quelques temps, mais ils revinrent de nouveau depuis quatre jours. Chaque accès s'accompagnait d'une véritable céphalalgie, d'une oppression et d'une toux fatigante.

Enfin, depuis deux jours, la fièvre devint continue et la malade se trouve affaiblie, prostrée.

En l'examinant on remarque la pâleur de ses téguments. Ses conjonctives et ses muqueuses labiales sont fortement décolorées ; légère pigmentation de la face dorsale des mains. Sa prostration avait effrayé la famille : elle est somnolente, abattue, sa peau est chaude, sa respiration est courte, et tout le temps elle est éreintée par une toux forte, sèche, qui l'empêchait de dormir. La température est de 39,8 et le pouls bat à 110 à la minute. Ses jambes n'ont plus la force de la supporter ; dès qu'elle veut se lever, elle est prise de vertiges qui l'obligent immédiatement à se recoucher.

Appareil digestif. — La langue est chargée ; anorexie, soif, l'estomac n'est pas dilaté, ni diarrhée, ni constipation ; pas de vomissement.

Le foie descend dans l'hypochondre droit une étendue de trois travers de doigt.

La matité splénique se perçoit sur une étendue de huit centimètres.

Les urines sont peu abondantes, troubles mais non albumineuses.

Au cœur souffle systolique aux foyers d'auscultation des orifices aortique et pulmonaire.

Poumon. — Aux deux bases ; en arrière, submatité avec exagération des vibrations thoraciques. Souffle net, résistant aux deux temps de la respiration. Aussi pas de râles et les autres parties du poumon sont saines.

Le 16 septembre. — Purgatif dans la matinée, et dans l'après-midi 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois, à continuer les jours suivants.

Le 17. — Même état, même température ; le soir sueur profuse suivie de sensation de bien-être.

Le 18. — La température est tombée à $36^{\circ},4$; elle a bien dormi et se trouve beaucoup mieux ; elle mange avec appétit. Diminution notable de la toux ; disparition complète de vertige, de la céphalalgie et de la somnolence.

Poumon. — La submatité des bases aurait presque disparu complètement ; au niveau du souffle on entend une respiration rude et parfois soufflante.

Le 19. — Le mieux persiste ; la malade est gaie et elle a passé une excellente nuit. Les urines sont claires et plus abondantes, sans aucune trace d'albumine. Le foie et la rate ont diminué de volume et offrent moins de résistance ; l'appétit normal, les selles régulières. La peau commence à reprendre ses colorations normales. Température $36^{\circ},8$. Une auscultation attentive dénote l'existence d'une respiration normale aux deux bases.

Le souffle trouvé à la base du cœur est aujourd'hui moins intense.

Je revois la malade le 22 septembre, elle était revenue à son ordinaire ; le faciès avait perdu sa teinte terreuse, la toux disparaissait. A l'auscultation on ne perçoit plus aucun bruit anormal. Il n'y avait plus d'albumine. On sentait encore légèrement le bout de la rate au-dessous des rebords des fausses côtes.

Observation V (personnelle)

Je fus appelé auprès d'un jeune garçon, Selim Mokdessi, âgé de 8 ans.

Cet enfant, a été depuis sa naissance, sujet à des accès de fièvres palustres, se manifestant sous forme de fièvres larvées et ayant repris à deux fois différentes, les allures de l'accès pernicieux à forme somnambulique. Souvent, pendant ces accès, il toussait.

A cinq ans, rougeole compliquée de broncho-pneumonie. A 6 ans, typhoïde qui lui a duré cinq semaines. Le père a succombé il y a six ans, à la suite d'une affection dont on ignore la nature. La mère et un frère sont bien portants.

Après une nuit de rêves, de cauchemars, d'insomnie, cet enfant se réveille un matin, se plaignant d'une courbature énorme, de fièvre, de troubles gastriques sans toux.

Sa face est pâle, le pouls est mou et dépressible, la prostration est profonde, l'intelligence obtuse. La température est haute, 40° ; le pouls 135. Les jambes sont un peu tuméfiées. Le bord inférieur de la rate débordé de quelques centimètres les rebords des fausses côtes : le foie est également gros.

Les respirations sont fréquentes, anxieuses ; la toux est sèche, quinteuse, fatigante. Souffle anémique au foyer d'auscultation de l'orifice aortique ; redoublement du premier bruit à la pointe.

Poumon. — A la partie moyenne du thorax, de deux côtés en arrière : submatité, résistance au doigt, exagération des vibrations thoraciques, et souffle expiratoire tubaire.

Sulfate de cinchonidine, un gramme par jour.

Après deux jours de traitement, le malade était complètement guéri ; il pouvait même se promener dans sa chambre. Le pouls est normal et la tempéra-

ture 37°. Le foie et la rate paraissent garder encore les mêmes proportions.

Poumon. — La respiration aux deux bases a le même timbre que dans le reste de la poitrine.

Encore, de temps en temps, quelques quintes de toux. Je fis continuer le traitement pendant trois jours encore.

Observation VI (personnelle)

J'ai eu l'occasion de donner mes soins à un jeune enfant de Kferchakna, qui vient passer l'été au petit village de Bkorkacha, localité extrêmement insalubre. D'une bonne santé habituelle, le malade nous assure qu'il n'a jamais eu l'impaludisme tant qu'il habitait Kferchakna son pays natif. Pas d'antécédents paludéens dans la famille.

Il y a six jours, après un mois de séjour à Bkorkacha, le malade eut, après un frisson, les symptômes d'un embarras gastrique fébrile ordinaire.

Le 5 octobre, troisième jour de la maladie, on lui administra un purgatif salin qui agit énergiquement. Sous l'influence de cette médication tous les symptômes gastriques s'étaient amendés, et l'on considérait le malade en voie de guérison, quand le 7 octobre, sans causes appréciables, il fut pris d'un frisson intense, après quoi s'installa chez lui une fièvre continue, une céphalalgie et une toux.

L'état du malade s'empirait de jour en jour ; on se décide à appeler le médecin.

Le 8. Lorsque j'ai vu le malade pour la première

fois, son état me paraissait grave : l'amaigrissement marqué, teint pâle, peau chaude, brûlante et sèche ; le pouls battait à 140 et le thermomètre marquait une température de 40°.3 La respiration est pénible et anxieuse. Couché sur le décubitus dorsal, le malade est plongé dans un demi coma, inconscient de ce qui se passe autour de lui. De temps en temps cet état somnambulique est interrompu par un moment d'agitation. Une toux pénible, sèche, quinteuse et fatigante empêche le malade de dormir la nuit.

Appareil digestif. — La langue est large, recouverte d'enduit blanchâtre sur les bords, et nette au milieu, l'anorexie est absolue, et la soif est vive. Une diarrhée glaireuse. Pas de vomissements, ni gargouillements dans la fosse iliaque.

Le foie est normal ; la rate est augmentée de volume et légèrement douloureuse à la pression. Les urines sont rares, mais ne contiennent pas d'albumine.

Poumon. — A la base de la partie postérieure du thorax, submatité à peine marquée à gauche, plus manifeste à droite. De deux côtés on entend un souffle existant aux deux temps ; exagération des vibrations thoraciques ; quelques râles sous-crépitaux fins.

Rapprochant ce cas de mes observations précédentes, et constatant chez ce malade les symptômes presque négligés à ceux que j'avais déjà observés chez un grand nombre de sujets, je n'hésitais pas à me rallier à l'idée d'une forme broncho-pneumonique de la fièvre miasmatique.

J'instituai le traitement spécifique ordinaire sous forme d'injections sous-cutanées.

Le 10. Amélioration notable : goût ordinaire, bon appétit, température 37°,6. Les phénomènes stecos-

copiques se sont très atténués. La sonorité du poumon est normale ; le souffle a disparu ; il est remplacé par une respiration un peu rude et légèrement prolongée. Plus d'exagération des vibrations thoraciques.

Le 12 La respiration est normale partout et l'on ne trouve plus trace de phénomènes de congestion qu'on observait il y a quatre jours. La toux a complètement disparu ; les selles sont normales : on ne sent plus la rate au-dessous des fausses côtes. Température 37°, 2.

Observation VII (personnelle).

Il s'agit d'une petite fille âgée de six ans, malade depuis cinq jours.

Père, âgé de 35 ans bien portant ; mère âgée de 28 ans, paludéenne depuis bien longtemps.

Cette enfant qui n'a jamais été malade antérieurement, se plaint d'une forte courbature et accuse un point de côté au niveau du mamelon gauche. Elle présente l'aspect typhique, sa prostration est profonde, son regard hébété, face pâle, intelligence obtuse, insomnie. Depuis le troisième jour de la maladie, tous les soirs à 5 heures, petit frisson, suivi de chaleur et de transpiration à peine marquée.

La langue est blanchâtre ; l'appétit nul ; diarrhée peu abondante, souplesse du ventre normale, pas de gargouillement à la fosse iliaque. Le foie est presque normal ; rate légèrement hypertrophiée et douloureuse à la pression.

La fièvre est intense, la peau est chaude et sèche,

le pouls bat 145, la température à 40°, dyspnée, toux sèche, violente, respiration fréquente et courte.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : aux deux bases en arrière, sur une hauteur de quelque centimètres, submatité avec résistance au doigt, exagération des vibrations thoraciques, souffle existant aux deux tempes de la respiration et surtout à l'expiration.

Pas de bruits anormaux au cœur ; pas d'albumine dans les urines, ni œdème aux jambes.

Le début de la maladie, l'aspect de la malade, l'hypertrophie de la rate, la localité paludéenne habitée par l'enfant, la présence des phénomènes stéthoscopiques caractéristiques de la maladie qui nous occupe et surtout les accès de fièvres périodiques, tout assurait l'existence d'une broncho-pneumonie paludéenne, justifiable du sulfate de quinine.

La famille refusa absolument de suivre mes conseils objectant que l'enfant trop jeune pour supporter la quinine à l'intérieur qu'elle est en pleine fièvre ce médicament ne fait qu'élever la température de la malade et servir de poison énergique.

Un vieux charlatan, appelé après moi à soigner la malade, approuva leur manière d'agir et frictionna l'enfant avec 2 grammes de sulfate de quinine.

Curieux de voir ce qui s'était passé, je revois l'enfant trois jours après. Les frissons ne s'était plus répétés ; mais l'enfant se trouvait dans un état vraiment pitoyable. Elle n'avait plus conscience de soi-même ; abattue et plongée dans un coma elle ne répondait plus à ceux qui l'interrogeaient ; vingt-quatre heures après elle avait succombé dans son accès comateux.

Observation VIII (personnelle)

Le 20 septembre 1894, en même temps que la petite fille qui fait l'objet de l'observation précédente, j'étais appelé également dans le même village, auprès d'un enfant de cinq ans.

Comme précédemment le petit malade est prostré se plaignant d'une toux et d'une chaleur excessive. Une température de 40,2; un pouls rapide, une peau chaude, le foie et la rate sont augmentés de volume; pas de splénalgie, ni d'hépatalgie.

Poumon. — Submatité franche, aux deux bases en arrière, résistance sous le doigt, exagération des vibrations thoraciques, souffle tubaire aux deux temps et quelques fois à la fin de l'inspiration, une bouffée de râles sous-crépitaunts fins.

Ici aussi, comme dans l'observation précédente, la famille avait tellement peur de la quinine qu'elle avait refusé tout d'abord qu'on l'administra à leur fils. Mais elle n'a pas tardé à se soumettre à mes prescriptions quand elle fut convaincue que la petite voisine a dû payer de sa vie l'entêtement de ses parents.

Alors, à mon tour, instruit par la précédente leçon, je dû remplacer par le sulfate de cinchonidine, le sulfate de quinine.

C'est alors que j'ai connu un des grands avantages de la cinchonidine sur le sulfate de quinine en Orient.

0,75 centigrammes de sulfate de cinchonidine et lavement.

Le malade en a rapidement bénéficié, de sorte

qu'après deux jours de traitement tout était normal. Plus de fièvre, plus de submatité, ni souffle, ni résistance au doigt, ni exagération des vibrations thoraciques.

Température : 37,2.

Observation IX (personnelle)

Touffie Koury Youssef, sept ans, né à Becharry. Il a toujours été bien portant et l'on ne trouve aucune trace d'impaludisme dans ses antécédents personnels.

Au mois de juin 1894, il vint s'installer avec sa famille hors du village, dans une maison récemment bâtie, et entourée de tous côtés par de gros mûriers.

Après deux mois de séjour dans cette maison, dans un quartier insalubre, Touffie entra un soir chez lui se plaignant de céphalalgie frontale. La nuit il s'installa chez lui une haute fièvre, et le lendemain, une toux et une courbature générale.

C'est pour cet état que je fus appelé à lui donner mes soins.

Etat actuel. — Le malade qui était d'une constitution assez vigoureuse, comme j'avais pu le constater quelques jours auparavant, est maintenant amaigri, affaibli, prostré ; son visage est pâle. Le pouls bat à 150, et la température est à 40,2. Ce qui fatigue le malade le plus, c'est une toux sèche, forte, l'empêchant de prendre un moment de repos. Sa respiration est accélérée ; les nuits sont agitées ; léger délire le soir.

La rate déborde de [un travers de doigt les re-

bords des fausses côtes. Le foie a un diamètre normal, légèrement douloureux à la pression.

Le premier bruit du cœur est mal frappé. Sous l'aisselle droite et à la base du poumon gauche en arrière, submatité, résistance au doigt et une respiration soufflante.

Sulfate de cinchonidine, 1 gramme, le matin.

Le soir, les symptômes généraux paraissent plus intense.

Le lendemain un bien-être s'était produit, le malade demanda à manger avec appétit. Plus de fièvre, plus de prostration. La toux persiste mais moins intense que la veille. Température 36,3.

Même état de phénomènes stéthoscopiques, excepté la submatité qui a complètement disparu.

On continue le même traitement.

Les jours suivants, le bien-être continue, l'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient et lorsque le premier août son traitement fut terminé, sa santé était excellente. Sa rate reprit ses dimensions normales ; plus de toux. Toute trace de lésion pulmonaire a complètement disparu ; la respiration est aussi pure à la base que dans le reste de la poitrine ; le sujet se déclare parfaitement guéri.

Observation X (personnelle).

Chez un enfant de 11 ans, nommé Mansour K. Touma, de Beharry, qui ne présente dans ses antécédents personnels aucune trace de la malaria, j'ai pu constater ce qui suit :

Il y a deux semaines, Mansour contracte une fièvre dengue, l'affection fut benigne et évolua normalement. Pendant sa convalescence, sans cause appréciable, il se sent mal entrain, se met à tousser et après 24 heures de lassitude, il fut pris la nuit d'un accès de fièvre caractérisé par les trois stades. En peu de temps, l'état général s'altéra, la toux devenait de plus en plus intense, et une fièvre continue domina la scène.

A l'examen je constate l'état suivant : le malade est très affaibli, son teint légèrement décoloré, fatigué, se plaignant d'une haute fièvre, de vertige, de céphalalgie et de toux insignifiante. La prostration est profonde, le regard hébété, l'intelligence obtuse.

Du côté du tube digestif, langue sale, anorexie, soif, diarrhée peu abondante ; ni météorisme, ni vomissement. La rate, de dimension normale est douloureuse, cette douleur s'exagère à la pression.

Les urines sont rares non albumineuses.

Poumons. — Submatité en arrière et aux deux bases ; à l'auscultation : souffle net à droite, à gauche la respiration est soufflante. De deux côtés résistance au doigt et exagération des vibrations thoraciques. Absence complète de râle.

Température 39, pouls 120.

Sulfate de cinchonidine un gramme.

Je revois l'enfant le 4 octobre. L'amélioration est grande, l'apyrexie est complète, l'appétit est revenu, et le malade n'est plus obligé à se coucher,

Atténuation des phénomènes pulmonaires. Plus de toux ; respiration normale à gauche, légèrement soufflante à droite. Plus de submatité,

Température 36°, 1.

On continue le même traitement.

Le 5 octobre. Le progrès de l'amélioration continue. L'albumine a complètement disparu, la diarrhée a cessé. Température, 37°.

A part un peu de rudesse à l'expiration à la base droite, la respiration à la base est absolument normale.

Le 7 octobre. Température 37°. Le malade est complètement guéri. La respiration est parfaite aux deux bases ; l'expiration n'est ni souffrante, ni prolongée, pas de retentissement vocal.

Observation XI (personnelle)

X. Sab de Mazrahit-Abi-Sab, 13 ans, d'une santé parfaite et d'une constitution robuste et vigoureuse.

Le père est mort depuis quelques années. La mère a l'air bien portant. Pas d'autres enfants.

Dans les antécédents personnels du malade on ne relève aucune manifestation malarique.

Il est rentré chez lui, un jour, se plaignant de malaise et de courbature. Il n'a pas éprouvé de frissons. Le mal entrain continue pendant trois jours, sans que le malade fut obligé à s'aliter.

Le quatrième jour de la maladie, il éprouve une céphalalgie et une haute fièvre qui atteint bientôt 40° et quelques dixièmes.

Les traits sont profondément altérés ; la face congestionnée et cyanosée, la peau chaude et sèche, les respirations très accélérées et le pouls compte 140 à la minute. La prostration est aussi énorme, et il

nous était impossible de retirer le malade du coma dans lequel il était plongé depuis douze heures.

Le foie et la rate sont normaux ; pas de splénalgie, ni hepatalgie. Les urines sont rares, rouges, et ne contiennent pas d'albumine ; pas de toux.

Poumon. — En arrière, à la base, et de deux côtés, légère submatité, avec un gros souffle tubaire.

Pendant que j'examinais mon malade, j'entendais partout autour de moi la foule murmurer : « C'est une fièvre cérébrale ; l'enfant serait perdu si on ne lui pratique pas la saignée ». Comme en ce moment je n'avais pas sur moi une seringue hypodermique, pour agir vite d'une part, la constitution robuste de l'enfant, le préjugé de mon entourage, et surtout l'action efficace de la phlébotomie en pareille circonstance, de l'autre, je n'ai point hésité, avant tout traitement, à pratiquer une saignée de 300 grammes.

Deux heures après, l'enfant était sorti de son état comateux, se plaignant seulement de lassitude.

Dans l'après-midi, j'administre 1 gramme de quinine, le soir le voilà de nouveau dans la prostration ; seulement ce n'est plus un coma, mais une légère somnolence douce dont il nous était très facile de le retirer. La respiration peu fréquente, et la cyanose a complètement disparu. La nuit a été agitée et troublée par des cauchemars.

Le lendemain matin, transpiration profuse, et une polyurie très marquée.

L'enfant ne se plaint plus de rien, il demande à manger avec insistance.

L'examen de la poitrine ne laisse plus percevoir qu'une rudesse de la transpiration. Température 37°, 2.

Le lendemain, l'enfant est très gai, la respiration est normale partout. Température 36°, 4.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

De l'analyse des observations précédentes on voit que le pneumonisme est un état pathologique qui se présente sous les formes les plus complexes ; sa symptomatologie est un tableau presque complet de tous les troubles fonctionnels de l'organisme. Il débute tantôt d'une manière brusque, inopinée au milieu d'une santé jusqu'alors parfaite, chez un sujet qui n'a jamais été victime aux accidents malariques ; tantôt au contraire il se greffe sur des manifestations paludéennes déjà préexistantes. Le malade offre alors un petit frisson, de la perte de l'appétit, de la faiblesse, de la diarrhée, une lassitude, etc. Puis, rapidement tous ces phénomènes s'exagèrent, l'intelligence s'obscurcit, la toux apparaît, la dyspnée commence et les phénomènes stéthoscopiques se traduisent par de la matité, exagération des vibrations, souffle, etc ; la rate s'hypertrophie et les téguments sont plus ou moins décolorés. La température est constamment élevée, le pouls est toujours fréquent et la chaleur de la peau est caractéristique. Pour cette étude, nous n'avons trouvé d'autre fil conducteur meilleur que d'exami-

ner chaque symptôme en particulier, au lieu de les réunir en un tout plus ou moins disparate.

Syptômes fournis par le tube digestif. — L'appareil digestif fournit un ensemble de signes importants que nous allons examiner successivement. Commençons par la cavité buccale. La langue est large et saburale, devient parfois le siège d'une sécheresse marquée ; on peut rencontrer des fuliginosités des lèvres (obs. 6). Le goût est fade, soit ardente, inappétence ; la diarrhée est un symptôme fréquent.

Le foie est souvent sensiblement hypertrophié ; la matité splénique occupe une étendue plus ou moins considérable. La rate peut être normale. Parfois il y a spléналgie et hépatалgie qui s'exagèrent à la pression.

Appareil circulatoire. — Le pouls est toujours rapide mais il reste plus ou moins avec la température. Il peut dépasser 130, 140 et même 150, mais oscille d'ordinaire autour de 130°. Au début il s'élève brusquement, à la convalescence il y a abaissement subit.

Température. — L'élévation de la température est un élément essentiel, sa marche est caractéristique. Elle se comporte d'après le système que nous allons indiquer. Il y a d'abord une période ascendante puis une période stationnaire ou d'état enfin, une période ascendante ou de déclin. La période ascendante est courte, et la température atteint dès le début son maximum ; le thermomètre se maintient station-

naire. Il se trouve presque dans le voisinage de 40 degrés jusqu'à la défervescence. Après le traitement la défervescence est brusque, typique ; le thermomètre s'abaisse au-dessous de la normale 24 h. et quelque fois 12 heures après l'administration de la quinine.

Examen du cœur. — Voici maintenant les phénomènes cardiaques que l'on observe : on perçoit quelquefois un souffle léger à la base, mais c'est là un symptôme rare ; il est sans doute rattaché à l'anémie. On constate en outre dans plusieurs cas des modifications dans les bruits normaux : une faiblesse et parfois la disparition du premier bruit du cœur à la pointe ; plus rares sont les modifications du second bruit. Ces troubles cardiaques qui n'ont aucun intérêt ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic, peut être sont-ils sous la dépendance d'une atonie cardiaque due à l'intoxication palustre. A mesure que cette atonie, cette faiblesse des fibres musculaires augmente, l'impulsion diminue, et le premier bruit normal, le bruit systolique diminue ou disparaît complètement.

Symptômes fournis par le système nerveux. — Les phénomènes nerveux sont ici prédominants ; Le délire est calme et se traduit chez quelques malades par de l'agitation et par des plaintes ou des cris répétés. On observe une céphalalgie, un vertige, de la stupeur, des cauchemars et de la rachialgie. Les phénomènes dépressifs succèdent habituellement aux précédents. Le malade reste alors couché sur le dos, dans

la plus complète immobilité ; il paraît plongé dans une rêvasserie dont il est difficile de le retirer ; le pouls devient petit et mou, les extrémités froides, etc., et la mort peut arriver dans le coma. Dans presque tous les cas la somnolence constitue le symptôme prédominant de la maladie.

Symptômes pulmonaires. — Un des symptômes les plus fréquents est la toux. Cette toux est sèche, quinteuse, arrivant par accès ; presque jamais d'expectorations, jamais d'hémoptysies. La dyspnée s'observe fréquemment ; elle est d'ordinaire légère ; quelquefois elle est assez intense. Le point de côté et les névralgies intercostales ne sont pas rares. Toutefois, la toux n'est pas constante ; nous l'avons vu manquer dans la onzième observation.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir nous étendre sur les lésions : si l'attention du praticien n'est pas éveillée sur ce point et que la toux est peu intense, il pourra croire, peut-être, à une maladie générale quelconque accompagnée de bronchite.

Chez tous nos malades les signes stéthoscopiques sont les mêmes, et nos observations semblent être la copie l'une de l'autre.

EXAMEN DE LA POITRINE

Inspection. — L'inspection ne nous donne aucun renseignement de valeur. Elle ne présente rien d'anormal, si non l'exagération des mouvements thoraciques.

Palpation et percussion. — Les signes de congestion ont été toujours trouvés aux deux bases et en arrière. Résistance sous le doigt, exagération des vibrations thoraciques et une submatité plus ou moins marquée.

Auscultation. — Encore plus que la palpation et la percussion l'auscultation nous donne des signes de haute valeur. On doit ausculter le malade au niveau de la submatité et l'on trouve : un souffle qui présente comme caractère d'être très souvent tubaire parce qu'il n'offre pas toute la rudesse du souffle pneumonique ; mais plus rude que celui de la pleurésie. Ce souffle pouvant exister aux deux temps de la respiration, est plutôt expiratoire qu'inspiratoire. Les râles sous-crépitaux peuvent se rencontrer.

Un caractère de ces lésions digne de remarque, c'est la rapidité avec laquelle les phénomènes stéthoscopiques cèdent au traitement approprié ; dans vingt-quatre heures et quelquefois moins, elles peuvent disparaître complètement.

Les urines accompagnent l'état général. Souvent la quantité est considérablement abaissée ; mais au moment de la défervescence elle revient à la normale et parfois arrive aux proportions d'une véritable diurèse. Les traces d'albumine dont se chargent parfois les urines, ne doivent avoir aucune modification fatale ; elles disparaissent par le traitement.

Etat général. — En peu de temps, les malades

sont épuisés, fatigués, amaigris, comme un typhique au deuxième ou au troisième septenaire. Mais le fait caractéristique, c'est une convalescence de très courte durée ; après cinq à six jours, le malade est complètement guéri et peut vaquer à ses occupations. •

Marche, durée et terminaison. — La marche du pneumonisme varie suivant qu'on administre ou non le sulfate de quinine. Traité méthodiquement, il guérit toujours dans deux à trois jours. Au contraire, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, ou que les sels quiniques n'ont pas été prescrits à dose suffisante, elle dure plus longtemps et le malade peut succomber dans un état de marasme ou comateux, ou la défervescence se fait temporairement lentement, ou bien le pneumonisme se transforme en fièvre intermittente.

Diagnostic.— Quand on réfléchit un peu aux symptômes que nous venons d'esquisser, on voit que chez la plupart des individus frappés de pneumonisme, celui-ci se présente, quelquefois, avec un ensemble de caractères tellement nets que le moindre doute ne saurait être permis.

Le diagnostic est donc facile en général : on est surtout guidé par l'endémicité des fièvres et les antécédents des sujets.

Il est rare que les fièvres palustres se montrent, surtout avec leurs formes graves, chez des sujets qui habitent en dehors des pays endémiques. La saison, dans laquelle la maladie a été contractée, fournit aussi des indications très utiles. C'est au printemps et en

automne que les manifestations palustres sont le plus fréquentes. L'hyperthrophie presque constante de la rate, et fréquente du foie fournissent aussi au diagnostic des données précises.

Mais il arrive pourtant que la distinction embarrasse le jeune praticien.

Etablissons d'abord les différences qui existent entre la fièvre typhoïde à forme thoracique et le pneumonisme.

Toutes deux se présentent dans deux conditions différentes de genèse, à l'état endémique et sous forme épidémique. Endémique, c'est ainsi que la typhoïde avait sa permanence dans les grandes villes, dans les localités à population nombreuse et agglomérée ; le pneumonisme à la campagne et dans certaines localités. Epidémique, cette dernière n'apparaît que dans certains foyers célèbres par leur insalubrité paludéenne ; la typhoïde sévit par intervalle dans les villes où elle règne habituellement ; c'est presque exclusivement alors que cette fièvre s'étend sur les campagnes où elle n'avait pas paru depuis longtemps, qu'elle les explore et les décime. Les symptômes abdominaux : météorisme, douleur dans la fosse iliaque droite, les taches rosées lenticulaires sont des signes très importants à l'appui de la fièvre typhoïde. Le tracé thermométrique est un signe précieux de diagnostic. On évitera aussi de tomber dans l'erreur en examinant attentivement les bases de poumon.

Il importe aussi de ne pas confondre la congestion pulmonaire idiopatique avec l'impaludisme aigu à forme broncho-pneumonique. Woillz a observé une congestion qui pouvait avoir certaine analogie avec celle qui nous occupe et cette observation nous a paru utile de la comparer aux nôtres.

« M. X..., bonne constitution, gardait le lit depuis trois mois pour une fracture du col du fémur.

Le 13 mars, voulant pour la première fois respirer l'air pur de dehors, il s'installa assez longtemps à sa fenêtre ouverte et le soir du même jour, il fut pris d'une fièvre et d'une douleur en dehors du côté gauche vers la base de la poitrine. Je le vis le lendemain, il avait une fièvre continue avec un pouls à 100, chaleur à la peau, sécheresse de la langue, soif, perte de l'appétit et douleur très vive dans le point indiqué. Cette douleur augmentait par les inspirations profondes, par le mouvement du tronc et par la pression des fausses côtes gauches. Il n'avait pas toussé une fois depuis le début. La percussion de la poitrine n'indiquait rien que de normal ; mais à l'auscultation on percevait un souffle respiratoire fort, dans l'inspiration et l'expiration dans le quart inférieur du côté gauche de la poitrine en arrière, sans aucun râle et sans retentissement bronchique de la voix. »

Voilà une observation qui ressemble à la nôtre par les symptômes généraux prononcés, la dyspnée et le souffle à la base. Mais où naît la différence, c'est dans la matité, la bilatéralité des lésions et surtout

dans l'action nette et rapide du traitement spécifique dans le pneumonisme.

Le pneumonisme, quand il est circonscrit, doit être différencié de la pneumonie lobaire franche, surtout à la période de résolution,

La pneumonie franche est caractérisée par des signes d'une grande netteté : frisson violent et unique, point de côté très douloureux. Lésion unilatérale, râles crépitants fins, évolution ciclique, etc. L'étude des antécédents, les crachats ramillés, la circonscription exacte des signes stéthoscopiques, doivent lever le doute.

Pour être complet, nous allons séparer la pneumonie intermittente, telle que nous la décrit Grisolle.

« Les accès débutent presque toujours par un frisson, ordinairement peu violent et plus long que celui des pneumonies ordinaires (ce caractère manque généralement dans le pneumonisme); aussitôt survient une douleur de côté, presque toujours très vive (très peu marquée dans le pneumonisme quand il existe), l'oppression est grande, l'anxiété extrême (rarement dans le pneumonisme), les traits sont souvent profondément altérés, le pouls fréquent, mou et dépressible dans beaucoup de cas. Bientôt le malade rejette des crachats caractéristiques (symptôme qu'on n'observe jamais dans le pneumonisme), et l'auscultation fait entendre dans une étendue plus ou moins considérable du poumon une crépitation fine, sèche,

nombreuse, mêlée parfois à du souffle (dans le pneumonisme rien que le souffle, qui existe toujours; parfois des râles sous crépitants). Il est inutile de dire qu'à ce niveau, la sonorité est plus ou moins diminuée. »

« Les phénomènes se suivent comme dans toutes les fièvres intermittentes, c'est-à-dire après six à douze heures arrive une détente complète; la fièvre tombant, les accidents thoraciques diminuent dans la même proportion, enfin une abondante diaphoresse juge l'accès (la marche est continue dans le pneumonisme). L'interruption peut être complète, c'est-à-dire qu'indépendamment de la fièvre, on voit cesser entièrement tous les accidents locaux, et là où naguère l'auscultation révélait de la crépitation, on trouve un bruit respiratoire tout à fait physiologique (ce que nous n'avons jamais observé dans le pneumonisme). Cependant, le plus souvent, pendant l'apyrexie, l'exploration démontre que le poumon n'a pas repris complètement ses propriétés normales, c'est ainsi qu'on peut trouver encore une crépitation rare, grosse, humide, ou bien la respiration est plus rude, ou seulement plus faible, ou bien encore on constate une respiration prolongée ou même soufflante.

Lorsque la maladie est méconnue ou que la médication est insuffisante, les accès sont de plus en plus violents, la douleur devient atroce, la dyspnée devient suffocante, la lésion pulmonaire gagne en

étendue et elle s'aggrave ; il se joint parfois des troubles cérébraux, délire, du coma ; c'est au milieu de cet appareil symptomatique que les malades succombent communément vers le troisième ou le quatrième accès. »

Il résulte de cet exposé que l'affection qui nous occupe présente des caractères bien tranchés qui la sépare de la maladie décrite par Grisolle.

Enfin il faut établir un diagnostic entre la broncho-pneumonie infectieuse, et ce que nous appelons paludisme pulmonaire aigu à forme broncho-pneumonique, autrement dit, *le pneumonisme*.

Tout comme dans la broncho-pneumonie infectieuse, nous trouvons du côté des bases une submatité, un souffle, et parfois des râles sous-crépitaux, une haute température, une toux, une dyspnée, etc.

Mais il ne faut pas oublier que la broncho-pneumonie est rarement primitive ; elle est ordinairement appelée ou préparée par une maladie antérieure ou tout au moins par une prédisposition particulière qui a sa source dans l'âge du malade et dans ses conditions d'existence (débilisation de l'organisme, encombrement, viciation de l'air, Bartels). Elle sévit sous forme d'épidémie saisonnière ou annuelle, comme complication de la dyphtérie, rougeole, fièvre typhoïde, grippe, coqueluche, etc. Dans le pneumonisme tous ces signes sont remplacés par les antécédents paludéens. Une fois développées ces deux affections ont

aussi un type différent ; leurs symptômes analogues se groupent dans un ordre particulier et avec des allures individuelles. Le diagnostic, envisagé d'une manière générale est dû, en bonne partie, à l'observation thermométrique. Dans le pneumonisme, la température atteint dès le premier ou le second jour le chiffre énorme de 40° et même de 40,5 degrés : dans la broncho-pneumonie l'ascension thermique n'est pas si brusque et avoisine presque toujours 39 degrés. On sait dans quel état de marasme, d'épuisement, de fatigue, la broncho-pneumonie laisse les malades qu'elle n'a pas emportés. La durée et le caractère insidieux de sa convalescence n'ont échappé à aucun observateur. Rien de semblable à observer chez ceux qui ont souffert du paludisme pulmonaire ; la convalescence est franche et rapide les malades reprennent vite l'usage de leurs facultés. Si l'on y ajoute l'hypertrophie du foie et de la rate, la chute brusque de la température, on se trouvera en présence d'un ensemble de signes précis qui commandent la conviction. Dans le pneumonisme il n'existe pas de rapport entre l'intensité de la dyspnée et de l'importance des signes stéthoscopiques ; dans la broncho-pneumonie, au contraire, la dyspnée croît en proportion directe de l'intensité de ces bruits ; dans ce dernier cas les râles sont pathognomoniques, tandis qu'ils manquent le plus souvent dans le pneumonisme.

Le délire, les crachats mousseux, parfois striés de sang, sont plus particuliers à la broncho-pneumonie ; au pneumonisme appartiennent de préférence le manque d'expectoration, la matité ou submatité franche, et la somnolence. Mais l'argument qui parle plus haut contre la séparation des deux maladies, c'est sans doute, la quinine ; il faut l'administrer toutes les fois que l'on est dans le doute ; en priver le malade, c'est lui faire courir un grand danger.



CHAPITRE V

TRAITEMENT

Quelque soit ici le rôle qu'on fasse jouer au système nerveux, aux lésions viscérales et aux troubles fonctionnels qui sont semblables, il n'en est pas moins vrai que la maladie qui nous occupe est au dépend du poison palustre, et par conséquent la médication est une : la quinine. A l'exemple du professeur de Brun nous administrions à nos malades le sulfate de cinchonidine (1). Comment, quand et à quelle dose doit-on

(1) Il me semblait que le sulfate de quinine demeurait impuissant en présence de certains accès de fièvre qui, a priori, ne se distinguaient en rien de ceux qui avaient été supprimés de la première administration du même alcaloïde, peu à peu je pus me convaincre que les succès, pour peu nombreux qu'ils fussent, n'étaient pas moins suffisants à légitimer de nouvelles recherches dans le but de trouver aux sels de quinine un succédané d'une valeur incontestable. J'étais encore sollicité par d'autres motifs d'ordre différent et de valeurs diverses. En maintes circonstances j'avais observé des accidents manifestement dus au sulfate de quinine, soit en vertu de certaines indiasyncrasies, soit par l'administration de doses élevées, dans les cas où les doses moyennes avaient été insuffisantes ou inefficaces. Quelques malades m'offrirent d'autres accidents moins éclatants, mais qui n'en méritaient pas moins d'être pris en sérieuse considération. Il m'est arrivé assez souvent chez des sujets atteints de cachexie paludéenne d'observer un ralentissement considérable des battements cardiaques, s'accompagnant parfois d'arythmie et d'œdème des membres inférieurs ou même d'anasarque à la suite d'une absorption de quantité même modérée de quinine. Enfin il m'arrivait plusieurs fois par semaine et quelques fois par jour d'être obligé

donner la quinine ? Il faut que le traitement approprié soit institué le plus tôt possible : le danger est prochain, il n'y a pas une minute à perdre ; aucun délai n'est admissible, il faut donner la quinine ou la cinchonidine d'emblée et à haute dose, fut-ce au milieu de l'accès, et jamais ce mode d'agir n'a produit d'accidents comme l'ont prétendu certains nombre d'auteurs.

La voie stomacale convient à l'absorption du médicament dans la plupart des cas, c'est celle qu'on utilise généralement. Le fébrifuge sera pris en solution.

La voie stomacale n'est pas toujours praticable chez les enfants atteints du pneumonisme ; ils peuvent refuser complètement d'accepter un médicament ou avoir des vomissements, etc.

Voie rectale. — Cette pratique généralisée peut être mauvaise, car le premier lavement quinquiné peut être rejeté en totalité ou en partie sans qu'on s'en aperçoive, et le malade trop tarder à être sous l'influence de la quinine.

d'user de toute mon influence pour faire accepter des doses efficaces de quinine, me heurtant à un préjugé répandu dans toute la Syrie, lequel trouve son explication, sans doute, dans le sentiment de malaise, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, etc. Tous les indigènes admettent ici que le sulfate de quinine est une arme à double tranchant qui peut devenir extrêmement dangereux en dehors de l'apyrexie absolue.

Le prix du sulphate de cinchonidine est bien inférieur à celui de la quinine. (de Brun, *Revue de médecine* N° de septembre 1890.)

A l'exemple de M. le professeur Jules Rouvier, nous faisons toujours précéder le lavement médicamenteux par un lavement simple.

Voie cutanée. — La méthode hypodermique à laquelle on a de plus en plus recours a l'avantage de laisser le tube digestif libre, de pouvoir être employée quand quelques obstacles s'opposent à un autre mode d'administration du médicament.

Afin d'agir plus vite, nous employons soit le chlorhydrate, soit le chlorhydro-sulfate de quinine. Nous nous sommes toujours bien trouvé de la formule suivante que nous empruntons à M. le professeur B. Boyer : Chlorhydrate de quinine 1 gr., antipyrine 0,50, eau de laurier-cerise 2 gr.

Quant à la dose elle doit varier entre 1-3 grammes pendant les premiers vingt-quatre heures. La maladie terminée et la réaction assurée et maintenue dans de justes limites on ne doit pas arrêter l'emploi de la quinine à dose variable pour éviter le retour de la fièvre, car elle a tendance à la répétition.

Heureux de pouvoir associer la médication spécifique à la médication des symptômes en ne lui demandant que ce qui est de son ressort, nous devons d'abord parler de l'émission sanguine.

Emission sanguine. — La phlébotomie généralement repoussée, parce qu'elle tend à disparaître de la pratique du jour et tous ceux qui ont écrit sur la

saignée ne cessent d'avoir devant les yeux le spectre de l'anémie et de la cachexie.

Cette proscription est trop absolue, l'on peut avoir affaire à des malades jeunes et vigoureux. Le climat y joue une importance telle qu'il ne faut jamais la perdre de vue. Pour notre part nous avons pratiqué un certain nombre de saignées de 200 à 500 gr. sans avoir eu à le regretter. Sans doute il ne faut pas généraliser l'emploi de la phlébotomie, comme à l'école Broussais, mais on ne doit pas trop l'abandonner non plus.

Comme au début de notre carrière nous avons entendu dire qu'il faut être sobre d'émission sanguine, nous avons essayé à nous abstenir malgré le préjugé de nos compatriotes qui veulent avoir la saignée partout. Nous avons essayé de la remplacer par une forte sinapisation intestinale et par une plus forte dérivation cutanée, mais nous n'y résistions pas, et nous n'avons pas tardé dans quelques cas (le pneumonisme ou autre) à y avoir recours avec une certaine énergie : le sang se repare trop vite ; tous les paludéens et tous les climats ne se ressemblent pas.

Dérivation intestinale. — La dérivation intestinale par les purgatifs est quelquefois nécessaire. Non seulement il importe de débarrasser l'intestin des matières accumulées, mais encore il fait produire la sinapisation intestinale.

Réfrigération céphalique. — Elle s'obtient de

plusieurs manières : 1^o application de glace ou de compresses froides en permanence sur le front ou sur le sommet de la tête ; 2^o grandes affusions froides ; ventilation continue. Le moyen que nous avons le plus fréquemment employé est le premier nommé ; ils peuvent s'employer simultanément.



CONCLUSIONS

Les faits relatés dans cette étude nous autorisent donc à conclure que :

I. — Non seulement le pneumonisme, accident pernicieux de la fièvre tellurique, existe, mais que c'est une affection fréquente, du moins en Syrie.

II. — Il semble avoir dans certains villages un foyer de prédilection, fut-ce même que la fièvre intermittente ordinaire n'existe pas.

III. — Il atteint plus particulièrement l'enfance.

IV. — Les lésions siègent aux bases des poumons ; elles sont constamment bilatérales et presque toujours symétriques.

V. — La facilité et la rapidité avec lesquelles l'état général des malades, et les phénomènes stéthoscopiques se sont modifiés sous l'influence de la cinchonidine sont caractéristiques.

Sincèrement convaincu de ce que nous soutenons aujourd'hui, nous en appellerons à l'expérimentation tous nos confrères exerçant dans un pays paludéen. Nous espérons que bientôt de nouvelles recherches

viendront confirmer les nôtres ; et ce pneumonisme, une des manifestations les plus fréquentes de la fièvre paludéenne, occupera une place dans le cadre pathologique.

Vu :

Le Président de la Thèse,

LANDOUZY.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



TABLE

AVANT-PROPOS.....	3
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Etiologie et considérations générales	17
CHAPITRE III. — Observations	25
CHAPITRE IV. — Symptomatologie.....	47
CHAPITRE V. — Traitement.....	61
CONCLUSION	67



IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

HENRI JOUVE

RUE RACINE, 15 — PARIS
